



MAREK JAREMA

## Refleksje nad psychiatrią XX wieku

### *Reflections on psychiatry of the passing 20<sup>th</sup> century*

Patrząc na minione 100 lat można przyjąć, że psychiatria jest mniej więcej taka, jak cała medycyna – ogromne postępy w zakresie diagnostyki i terapii zaburzeń psychicznych oraz ograniczone możliwości pomocy chorym i ich rodzinom.

Myślę, że wielu moich Kolegów zajmie się opisem postępów w zakresie rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych i zrobią to z pewnością bardzo dobrze. Dlatego chciałbym się raczej skupić na innej problematyce. Jakże często bowiem stajemy wobec dylematów czy to co widzimy, rozpoznajemy albo czego domyślamy się, lub co intuicyjnie wyczuwamy w kontakcie z pacjentem to jeszcze „norma” czy już „patologia”? Czy niewątpliwy postęp technologiczny i cywilizacyjny, jakiego jesteśmy świadkami, ułatwił nam radzenie sobie z takimi dylematami, także moralnymi?

W porównaniu z sytuacją obecną, na początku XX wieku dysponowano bardzo ograniczonymi metodami diagnostycznymi, klasyfikacja zaburzeń psychicznych znacznie odbiegała od obecnie przyjętej, a możliwości terapeutyczne były, ogólnie mówiąc, ograniczone. Czy jednak ówczesni psychiatrzy mieli łatwiejsze zadanie? Czy bez większych problemów stawali rozpoznania i podejmowali działania terapeutyczne?

Łatwo jest odpowiedzieć: tak. Nie znali tak dokładnie patomorfologii mózgu, nie mieli możliwości jego obrazowania, nie znali wielu biochemicznych podstaw funkcjonowania mózgu itp. Ale czy ta posiadana obecnie przez nas wiedza uwalnia nas od trudnych decyzji diagnostyczno-terapeutycznych?

Nowoczesna wiedza i technologia nie może zastąpić myślenia klinicznego, zwolnić od opieki i odpowiedzialności za chorego. Można by zaryzykować twierdzenie, że mimo bardziej wyrafinowanych technik diagnostycznych, jak chociażby obrazowanie mózgu, nie wolno nam poczuć się zwolnionymi z obowiązku stosowania całej naszej wiedzy i doświadczenia dla ochrony pacjenta. Nic przecież prostszego jak wykonanie badania np. tomografii komputerowej mózgu u chorego z podejrzeniem zmian organicznych w ośrodkowym układzie nerwowym, a w razie wyniku negatywnego – zaprzestanie dalszych działań diagnostycznych, bo przecież „badanie TK nic nie wykazało”. Nadmierne uzależnienie od badań diagnostycznych, zaniechanie wnikliwej i czasochłonnej diagnostyki klinicznej pacjenta, przerzucenie większego wysiłku na kolekcjonowanie wyników badań, mogłoby sprowadzić nas do roli osób ewidencjonujących wyniki badań. Stąd już krok do wprowadzenia technicznie wspomaganych zasad diagnozowania, a nawet doboru sposobów terapii, o których psychiatrzy, nieliczni na szczęście, wydają się marzyć.

Oczywiście, doceniam rolę postępu technicznego w diagnostyce i z dużym zainteresowaniem staram się śledzić ten postęp. Jednak chciałbym, aby klinicysta świadomy możliwości

technicznych, nie zaniedbywał umiejętności rozmowy z pacjentem, wnioskowania w oparciu o obraz kliniczny oraz wykorzystywania własnej wiedzy i doświadczenia w codziennej praktyce.

Można by w tym miejscu posądzić mnie o banał. Wszak lekarz czy terapeuta przede wszystkim sam bada, ocenia, podejmuje decyzje. Tak, ale nie zawsze. Doświadczenie uczy, że technicyzacja medycyny, a w tym i psychiatrii, sprawia, iż mniej czasu poświęca się pacjentom, a przede wszystkim osobistemu kontaktowi z nimi i ich najbliższymi. A to jest czynnik, który może decydować o powodzeniu w terapii.

W trudnej sytuacji są nasi młodszy Koledzy, który dopiero rozpoczynają naukę psychiatrii. Jeżeli my, starsi nieco wiekiem i stażem, potrafimy wspominać naszych nauczycieli i doceniamy te ich cechy, które w jakiś sposób nas ukształtowały, to czy młodzi lekarze będą też taką szansę mieli? Ilu spośród nas może z czystym sumieniem powiedzieć, że przekazujemy im te wartości, które i nam przekazywano, a które uznajemy za najważniejsze?

Osobnej uwagi wymaga dostęp do wiedzy i informacji. Obecna powszechność różnych systemów informacyjnych, a przede wszystkim internetu sprawia, że to co kiedyś wymagało wielkiego mozola i czasu, obecnie dostępne jest dzięki jednemu „kliknięciu”. Jest to wielki postęp i należy się cieszyć, że większość z nas potrafi go właściwie spożytkować. Z drugiej strony edukacja nie powinna polegać tylko na umiejętności wyszukiwania informacji. Łatwo może bowiem dojść do uproszczeń: skoro wiem, gdzie dane informacje są magazynowane, nie muszę ich przyswajać, gdyż zawsze są pod ręką. Czy znowu technika ma „wyręczać” lekarza? Doceniam postęp w zakresie przekazu informacji i sam z niego chętnie korzystam. Ale obawiam się, że fascynacja techniką może prowadzić do skłonności „chodzenia na skrót”, a w medycynie nigdy nie jest to właściwa droga. Innymi słowy: korzystamy z dobrodziejstw techniki i postępu wiedzy, ale nie zapominamy, że jesteśmy lekarzami, a medycyna, a szczególnie psychiatria, jest sztuką. Lekarz jak artysta, może być wybitny lub przeciętny, ale podobieństwa na tym się kończą. Na kiepski twór artysty nikt nie zwróci uwagi, ale konsekwencje niewłaściwego postępowania medycznego bywają zwykle tragiczne i są nie do zaakceptowania. Dlatego o tym jaka będzie psychiatria następnego wieku, decydujemy w chwili obecnej; kształtujemy ją dzięki naszej wiedzy, doświadczeniu, ale także mądrym i umiejętnym wykorzystaniu dobrodziejstw cywilizacji.

Prof. Marek Jarema

III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii  
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa